

När den ena handen vet vad den andra gör...

Samordnad vård- och omsorgsplanering i Östergötland -
Riktlinje



Innehåll

Riktlinjer för samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård	3
1. Inmeddelande från PV/kommun.....	5
Information till ambulansen.....	5
2. Inskrivningsmeddelande.....	5
3. Kallelse till vårdplanering	5
Återtagande av kallelse.....	6
4. Förberedelser inför samordnad vårdplanering	6
5. Vårdplanering.....	7
Dokumentation.....	9
Överlämnande av vårdansvar från läkare i slutenvård till läkare i öppen vård.....	10
6. Justering.....	11
7. Utskrivningsklar	11
Ansvar primära hjälpmedelsbehov	11
Återtagande av utskrivningsklar	12
8. Utskrivningsmeddelande	12
9. Utskrivningsinformation	12
10. Uppföljning	13
Fokuspatient, Säker hemgång.....	13
Informationsflöde.....	14
1. Behov uppstår av samordning	14
2. Inhämta samtycke.....	15
3. Initiera och sammankalla till samordnad vård- och omsorgsplanering.....	15
4. Samordnad vård- och omsorgsplanering.....	15
5. Dokumentation.....	15
6. Uppföljning och utvärdering.....	17
Reservrutin Meddix samt support Meddix.....	18
Betalningsansvar	18
Avvikelse rapportering	18
Aktuell lagstiftning	18
Bilaga 1 Rutin för avvikelshantering	

/Januari 2014

INLEDNING

För att trygga enskilda patienters rätt att få en god och säker vård och omsorg krävs i vissa fall samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Oberoende av boendeform är en fungerande samordnad vård- och omsorgsplanering en förutsättning för att en vårdkedja skall kunna vara stark och smidig och garantera hög patientsäkerhet. En grundläggande förutsättning för att denna samverkan skall fungera genom hela vårdkedjan är att den information som behövs för att planera patientens vård och omsorg finns tillgänglig och kan överföras mellan olika vårdgivare samt att patienten har givet sitt samtycke till att information om hälsotillstånd och andra personliga förhållanden får lämnas över till annan personal.

Målsättning

- All vård, omsorg och rehabilitering har sin utgångspunkt i att den enskilde skall kunna bo och leva i sin invanda miljö trots omfattande behov av stöd och hjälp från samhället. I all vårdplanering är utgångspunkten kvarboendepincipen.
- Den enskildes inflytande över sin tillvaro och stödet från myndigheterna är avgörande för utformningen. Lyhördhet, respekt och delaktighet utgör självklara förhållningssätt i det dagliga arbetet.
- Den samordnade individuella vård- och omsorgsplaneringen ska ses som grunden för all fördelning och all överföring av ansvar mellan och inom vårdnivåer.
- All planering ska leda till högsta möjliga självständighet för den enskilde och utgå från dennes behov och önskemål.
- Ett gränsöverskridande synsätt ska prägla arbetet. Landstinget och kommunerna samt dess utförare har ett gemensamt ansvar för att vård och omsorg utformas så att den enskilde inte märker av det dubbla huvudmannaskapet.

Riktlinjer för samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

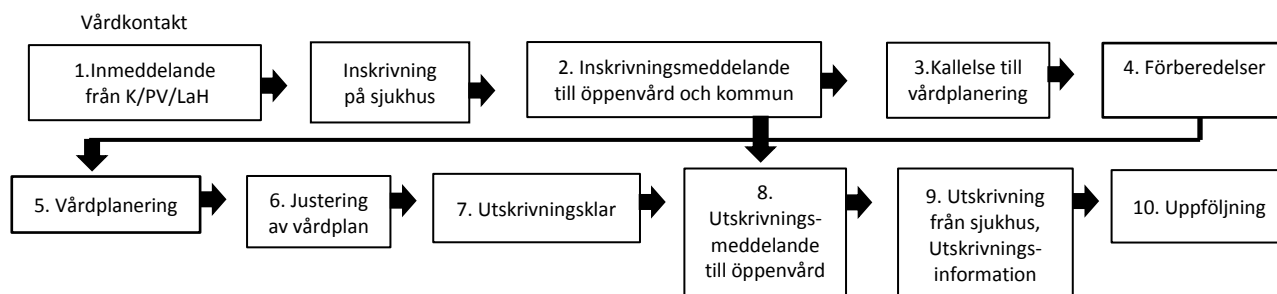
Bra rutiner för samverkan mellan kommuner och landsting vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård är en förutsättning för att ge vårdtagare möjlighet till en obruten vårdkedja. Samverkan finns reglerat i SOSFS 2005:27 (Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård) samt i Lag om kommunernas betalningsansvar 1990:1404 vilka dessa riktlinjer baseras på.

Vårdplanering, vilket innebär att en Samordnad vård- och omsorgsplanering utformas, ska initieras och startas så snart som möjligt för de patienter som bedöms ha behov av insatser efter vårdepisod på sjukhus.

Den behandlande läkaren i slutenvård ansvarar för bedömningen att en patient inte längre behöver slutenvård. Vidare är den behandlande läkaren ansvarig för att kalla till samordnad vårdplanering och ska i samråd med patient, närstående och företrädare för berörda enheter fastställa hur planeringen ska genomföras.

För patienter som bor i särskilt boende alternativt vistas på korttidsboende och ska återgå dit efter vårdtiden, ska det ske en samordnad vårdplanering om det föreligger ett väsentligt förändrat vårdbehov. Vid oförändrat eller mindre förändrat vårdbehov räcker att kontakt och överrapportering sker med ansvarig sjuksköterska på det särskilda boende dit patienten ska återgå.

Informationsflöde



Kommunikation som innefattar Inmeddelande PV/Kommun, Inskrivningsmeddelande, Kallelse till vårdplanering, Vårdplan, Utskrivningsklar och Utskrivningsmeddelande sker i Östergötland med IT-stödet Meddix.

Vilka yrkesgrupper/personer som är ansvariga för att sända respektive ta emot och kvittera in- och utskrivningsmeddelande och kallelse, samt hur behandlande läkare meddelas att kallelse, vårdplan och utskrivningsklar mottagits bestäms på varje enhet. Lokala skriftliga anvisningar ska finnas. Av anvisningarna ska det även framgå hur övriga berörda yrkesgrupper meddelas på respektive enhet. Var i patientjournalen, utifrån resp. huvudmans övergripande dokumentationsriktlinjer, beslut gällande samordnad vårdplanering, utskrivningsklar samt eventuella återtaganden dokumenteras ska också framgå.

1. Inmeddelande från PV/kommun

När en patient/vårdtagare från den öppna vården (PV, LaH, BarnLAH, kommunens hemsjukvård, öppen psykiatrisk vård) eller särskilt boende skickas in till sjukhuset ska "Inmeddelande PV/kommun" alltid skickas, även om det inte kan göras i direkt anslutning till patientens/vårdtagarens avtransport. Där återfinns uppgifter om patientens namn, personnummer, orsak till inskickande osv. Beakta att samtycke från patient finns.

Information till ambulansen

I de fall patienten/brukaren har behov av ambulanstransport från ordinärt boende eller SÄBO gäller följande rutin:

- **Standardrutin** – "inmeddelandet" i Meddix skrivs ut och lämnas till ambulanspersonalen.
- **Reservrutin 1** – I de fall man inte hinner skriva ett "inmeddelande", skrivs samma information ut från kommunens/landstingets eget journalsystem och lämnas till ambulanspersonalen.
- **Reservrutin 2** – Om ovanstående inte är möjligt ska i första hand sjuksköterska inom kommunen, alternativt annan närvarande vårdpersonal muntligen överrapportera till ambulansen.

Vid transport från landstingets vårdinrättningar (t.ex. vårdcentral, LaH) skrivs **transportjournal** som överlämnas till ambulanspersonalen.

2. Inskrivningsmeddelande

Ett inskrivningsmeddelande ska skickas till berörda enheter via Meddix när

- en patient som har vårdinsatser från kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård och/eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård skrivs in i slutenvård
- behandlande läkare i slutenvård bedömer att en patient kan komma att behöva insatser från någon av ovanstående vårdgivare efter utskrivning.
- beakta att samtycke från patient finns.

3. Kallelse till vårdplanering

Behandlande läkare i den slutna vården beslutar om att kalla till vårdplanering, vilket innebär att samordna patientens vård- och omsorgsplanering. I samråd med patient och/eller närstående och företrädare för berörda enheter fastställs hur vårdplaneringen ska genomföras, med stöd i differentieringsanvisningen i pkt 5 i detta dokument.

För patienter som bor i särskilt boende alternativt vistas på korttidsboende och ska återgå dit efter vårddagen, ska det ske en samordnad vårdplanering om det föreligger ett väsentligt förändrat vårdbehov. Vid oförändrat eller mindre förändrat vårdbehov räcker att kontakt och överrapportering sker med ansvarig sjuksköterska på det särskilda boende dit patienten ska återgå.

Respektive profession tar, innan kallelse skickas, ställning till vilka som ska kallas till vårdplanering. Kallelse skickas till berörda enheter, dvs. till den enhet inom kommun och/eller öppenvård som bedöms överta vårdansvar efter slutenvårdsvistelse samt vid behov till kommunens biståndshandläggare.

Av kallelse ska framgå preliminärt datum för utskrivningsklar samt om möjligt hur patientens behov och komplexitet bedömts utifrån differentieringsanvisningarna i punkt 5.

Samordnad vårdplanering ska påbörjas senast vardagen efter att kallelsen mottagits. Med påbörjad samordnad vårdplanering menas en första kontakt mellan parterna. Har kallelse skickats före kl.16.00 räknas den dagens datum som datum för mottagen kallelse, förutsatt att det är en vardag. Ett eventuellt betalningsansvar börjar räknas tidigast vardagen efter mottagen kallelse.

Återtagande av kallelse

Om patientens tillstånd försämrats och det inte är möjligt att genomföra en samordnad vårdplanering ska kallelsen återtas. Ny kallelse ska skickas till berörda parter när patientens tillstånd på nytt medger utskrivning.

4. Förberedelser inför samordnad vårdplanering

Inför samordnad vårdplanering ska förberedelse ske enligt följande:

Slutenvård

- Bedömning av medicinska behov, inkl. läkemedelshantering och förskrivningsartiklar
- Bedömning av ev. smittorisk
- Bedömning behov och genomförande av läkar- till läkarkontakt
- Bedömning av aktuellt ADL status, rehabiliterings-/hjälpmedelsbehov
- Genomföra hembesök om behov föreligger
- Bedömning av aktuell omvårdnadsstatus
- Bedömning huruvida patienten är en fokuspatient enligt "Säker hemgång", se sid.13
- Patient/närstående informeras om vad samordnad vårdplanering innebär, både muntligt och skriftligt. Informationsbroschyr delas ut.
- Patientens samtycke till samordnad vårdplanering ska inhämtas.
- Vid behov boka lokal för mötet

Kommun

- Vara inläst på ärendet
- Uppdaterad på ev. vård- och rehabiliteringsinsatser innan vårdtillfället och dess effekter
- Uppdaterad på social bakgrund, hemsituation
- Kännedom om förskrivna och ordinerade hjälpmedel hemmet före vårdtillfället

Primärvård/LaH/Psykiatri öppenvård

- Vara inläst på ärendet
- Uppdaterad på ev. vård- och rehabiliteringsinsatser innan vårdtillfället och dess effekter

Vid planering inför utskrivning av **smittbärande patient** ska det alltid ske en dialog med mottagande vårdgivare för att denna/dessa ska beredas möjlighet att informera och vidta åtgärder före övertagande av patient. Överenskommelse ska ske huruvida behov av samordnad vårdplanering föreligger.

För patient som återvänder till särskilt boende krävs alltid tidig kontakt, för att förhindra smittspridning till övriga boende på enheten.

5. Vårdplanering

Den samordnade vårdplaneringen, vilken omfattar en vård- och omsorgsplanering, görs under sjukhusvistelsen och kan genomföras vid ett fysiskt möte mellan berörda parter, via telefon eller videokonferens. Deltagare från berörda enheter ska delta med vardera minst en representant. Vårdplaneringen ska säkra en trygg och säker hemgång och omfatta planering för den närmsta tiden efter utskrivning.

Samordnad vård- och omsorgsplanering krävs ej vid enstaka och/eller enklare insatser. Detta gäller uppgifter som exempelvis suturtagning, enkel såromläggning, kateterskötsel, m.m. Information skrivs i dessa fall i Utskrivningsmeddelandet i Meddix.

För patienter som bor i särskilt boende alternativt vistas på korttidsboende och ska återgå dit efter vårdtiden, ska det ske en samordnad vårdplanering om det föreligger ett väsentligt förändrat vårdbehov. Vid oförändrat eller mindre förändrat vårdbehov räcker att kontakt och överrapportering sker med ansvarig sjuksköterska på det särskilda boende dit patienten ska återgå.

Vid vårdplanering ska sjuksköterska informera om huruvida patienten är bedömd som en sk. Fokuspatient enligt "Säker hemgång", se sid.13. Ansvarig för uppföljning ska tydliggöras.

Differentieringsanvisningar för samordnad vård och omsorgsplanering (fysisk träff, videokonferens, telefonkontakt);

1. Vård- och omsorgsplanering via telefon alternativt i hemmet efter utskrivning

- Vid oförändrat eller litet utökat vård-/rehabiliteringsbehov eller omsorgsinsats utan behov av förberedelsearbete (t.ex. städ, tvätt, dusch, ev. larm, medicinjustering, motiverande samtal). Samma insats som tidigare men mindre justeringar i tid, omfattning och/eller innehåll av sedan tidigare beslutad insats.
- Insatser från primärvård/hemsjukvård som inte behövs samma dag.
- Ej tidigare känd patient/brukare inom den öppna vården eller kommunen med litet behov av vård-/ omsorgsinsats, t.ex. såromläggning, kateter-/stomiskötsel, inköp, städning.
- Behov av utprovning av hjälpmedel som inte är avgörande för att patienten ska kunna skrivas ut och vistas hemma i 5 arbetsdagar t.ex. hygien- och förflyttningshjälpmedel.
- Behov av ev. biståndsbedömning av anhörigstöd, t.ex. växelvård, dagverksamhet, boendestöd etc.
- Hemgång kan ske direkt.
- Patient/brukare måste vara införstådd med att det kan ta upp till två dagar innan hemtjänsten kan starta insatserna.
- Utskrivningsmeddelande skickas till mottagande enhet via Meddix.

2. Vård- och omsorgsplanering via fysiskt möte eller videokonferens

- Känd patient/brukare med ökat behov av vård-/rehabiliteringsinsats efter slutenvårdsvistelse, t.ex. utökning av tid, omfattning och innehåll av insats som patienten/brukaren har sedan tidigare.
- Känd patient med nya medicinska behov
- Ej tidigare känd brukare inom kommunen med behov av dagliga omsorgsinsatser i hemmet.
- Behov av biståndsbedömning för annat boende kan vara aktuellt.
- Hemgång inom 2-5 dagar (Psykiatri inom 30 dagar)

3. Vård- och omsorgsplanering via fysiskt möte

Alla **nya** ärenden med **omfattande** behov av insatser från vård/omsorg vilka kräver samordning/samverkan mellan involverade aktörer såsom:

- medicinska insatser på vårdcentral
- medicinska insatser i hemmet
- uppföljning/tillsyn, utredning
- stödsamtal/motiverande samtal
- rehabiliterande insatser; mobilisering, behandling, utredning, förskrivning av hjälpmedel, bostadsanpassning
- Hemtjänstinsatser
- boendestöd

Komplexa vårdbehov, t.ex. trackeotomi, total parenteral nutrition, större omläggningar, multisjuklighet, intensiv rehabilitering, suicidalitet.

Kraftig ökning av hemtjänstbehov/boendestöd.

Hemgång inom 5-10 dagar, inom psykiatri inom 30 dagar .

Slutenvården tar tidig kontakt med kommun, primärvård, LaH , rehabilitering.

För kommuner och vårdcentraler med långt avstånd till sjukhus kan ärende enl. punkt 1 och 2, efter ömsesidig överenskommelse, skötas per telefon.

Dokumentation

Resultatet av samordnad vårdplanering dokumenteras av utsedd funktion inom slutenvård i vårdplan i Meddix. Vårdplanen i Meddix utgör formell journalhandling. Slutenvården ansvarar för att patienten erhåller en kopia av planen.

Av vårdplanen ska det framgå vilka insatser efter utskrivning som behövs för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet ska uppnås. Samordning av eventuell planering som fanns innan inskrivning i den slutna vården ska ske.

Den aktuella planen ska innehålla de diagnoser som satts samt de problem/risker och mål som definierats tillsammans med patienten, åtföljt av åtgärder och ordinationer samt vem som ansvarar för respektive åtgärd. Planen ska beskriva de planerade insatserna och ska följa patienten i vårdkedjan.

Av vårdplanen ska det även framgå

- namnet på den som ansvarar för planen
- vilka åtgärder som bedömts som hälso- och sjukvård alternativt egenvård
- om patient/närstående har medverkat i utformning av planen
- tid och ansvarig för uppföljning
- att öppenvårdsläkaren accepterar övertagande av vårdansvaret, läkarens namn samt vilket datum vårdansvaret övertas.

Om patient bedömts som s.k. fokuspatient enl. "Säker hemgång" (se sid. 13) ska uppföljningsansvar tydliggöras.

I förekommande fall kan en Samordnad individuella plan (SIP) behöva utformas redan under slutenvårdsvistelsen. SIP är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från *både* hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering.

Syftet med SIP är att säkerställa samarbetet mellan landsting och kommun så att den enskildes samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses och en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet uppnås. Se vidare sid. 15.

Överlämnande av vårdansvar från läkare i slutna vård till läkare i öppen vård

Efter en vårdepisod inom den slutna vården kan en patient vara i behov av fortsatt uppföljning och/eller behandling av läkare i öppen vård. I dessa fall ska behandlande läkare på sjukhuset följa rutin enligt nedan för att vårdansvaret bedöms ha övergått till läkare i öppen vård.

Rutinen gäller oavsett om patienten bor i särskilt eller ordinärt boende. I de fall där patienten ska överflyttas till korttidsplats sker läkare- till läkarekontakt enligt lokala anvisningar då dessa ärenden ofta måste handläggas med kort varsel.

I de fall snabb läkare- till läkarekontakt behöver etableras används vård- till vårdtelefon.

1. Patienten har medicinska behov som behöver följas upp efter utskrivning inom ramen för redan etablerad kontroll av en eller flera kroniska sjukdomar hos läkare i öppen vård.

Sammanfattning av vårdepisod görs i epikris och följs upp enligt tidigare planering i öppen vård.

2. Patienten bedöms ha behov av att följas upp av öppenvårdsläkaren med klinisk kontroll, justering av insatt behandling eller provtagning inom 3 månader efter utskrivningen.

Vårdbegäran skrivs till öppenvårdsläkaren, och hanteras enligt gällande Cosmicrutin.

Vårdansvar bedöms ha övergått till öppenvården när öppenvårdsläkaren träffat patienten.

Vid behov av snabb uppföljning, inom 2 veckor, ska vårdbegäran föregås av telefonkontakt med öppenvårdsläkaren, varefter överenskommelse om uppföljning dokumenteras i slutenvårdsepikris.

3. Patienten har efter utskrivning behov av tidig och mer omfattande insats från läkare i öppen vård.

Samordnad vård- och omsorgsplanering genomförs, oavsett om insatser från kommunen är aktuella eller ej. Läkare- till läkarekontakt, via vård- till vårdtelefon, ska ha tagits innan samordnad vård- och omsorgsplanering sker. I SIP/vårdplan ska framgå att öppenvårdsläkaren accepterar övertagande av vårdansvar, läkarens namn samt vilket datum vårdansvaret övertas.

Epikris ska vara dokumenterad i Cosmic och tillgänglig för läkare i öppen vård senast vardagen efter utskrivning.

Denna rutin kan bli aktuell för följande patientgrupper;

- Patient vars medicinska behandling kräver täta kontroller och ställningstaganden efter utskrivning

- Patient i livets slutskede
- Patient med komplexa vårdbehov, t.ex. tracheotomi, total parenteral nutrition, större omläggningar, multisjuklighet, suicidalitet
- Patient som annars riskerar återinläggning inom några dygn
- Patient vars behandling kräver avancerad medicinsk teknik eller utrustning
- Övriga fall där behandlande läkare bedömer detta lämpligt

6. Justering

Vårdplanen justeras av parterna som deltagit i den samordnade vårdplaneringen. En representant från varje berörd enhet är ansvarig för att justera. Vårdplan bör justeras i samband med planeringstillfället, annars inom 24 timmar. Viktigt att slutenvården i god tid före helg dokumenterar vårdplanen så att kommunen har möjlighet att justera inom tidsintervallet. Om annat tidsintervall för justering överenskommit ska detta noteras i Vårdplanen under "justeras senast". Vårdplan anses upprättad då den är justerad.

7. Utskrivningsklar

En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. Eftersom en patient, som bedöms utskrivningsklar, kan vara i behov av fortsatta insatser efter utskrivning, har läkaren i sin bedömning att ta ställning till om behov finns av landstingets öppenvård eller kommunens hemsjukvård, med stöd utifrån hemsjukvårdsreformens tillämpningsanvisningar. Meddelande "Utskrivningsklar" skickas via Meddix till berörd enhet inom kommunen och/eller öppen vård.

Vid mycket komplex problematik kan utskrivningsprocessen bli lång och kräva omfattande planering avseende t.ex. personliga assistenter eller upplärning av vårdpersonal inom hemsjukvård. Tidig kontakt med kommunen behövs för planering av förberedelserna inför utskrivning som kanske ligger 1-2 månader framåt i tiden.

Ansvar primära hjälpmedelsbehov

Hjälpmedel som krävs hemma för att klara sina primära behov under första veckan inomhus, dvs. hjälpmedel som behövs för att uträtta toalettbehov, ta sig i och ur säng samt förflytta sig, ansvarar landstingets slutenvård för att förskriva och skicka med hem.

Snabb överrapportering till mottagande enhets arbetsterapeut och/eller sjukgymnast ska ske för uppföljning och eventuell ny/ytterligare förskrivning i patientens hem efter hemgång.

Patientens totala behov av hjälpmedel kan enbart bedömas i hemmet och är inte ett ansvar för specialistsjukvården.

Kommun alternativt landstingets rehabilitering i primärvård övertar uppföljningsansvar för hyreshjälpmedel efter överrapportering.

Återtagande av utskrivningsklar

Om patienten inte längre är utskrivningsklar skall den behandlande läkaren dokumentera detta i patientjournalen och meddela berörda vårdgivare. Då patienten åter bedöms som utskrivningsklar ska telefonkontakt tas med berörda vårdgivare så snart som möjligt innan nytt meddelande om utskrivningsklar skickas. Detta för att parterna ska komma överens om en tidigare upprättad SIP/vårdplan fortfarande är aktuell eller om ny kallelse till samordnad vårdplanering ska sändas.

8. Utskrivningsmeddelande

Utskrivningsmeddelande skickas dagen innan utskrivning till kommunens handläggare och vid behov till hemsjukvården och/eller öppen vård för de patienter där inskrivningsmeddelande har skickats.

I meddelandet ska framgå om patienten är en s.k. **fokuspatient** (se punkt avseende "Fokuspatient, Säker hemgång" sid. 13).

9. Utskrivningsinformation

Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska senast samma dag som patienten skrivs ut överföras från den slutna vården till berörda enheter inom kommunen och/eller den öppna vården.

Informationen ska innehålla vårdplan, ev. rehabiliteringsplan, och övriga väsentliga uppgifter såsom;

- inskrivningsorsak samt hälso- eller funktionstillstånd vid inskrivning
- vilka som varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering inom den slutna vården
- sammanfattning och utvärdering av genomförd vård, behandling och rehabilitering samt eventuella komplikationer som tillstött i den slutna vården
- patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd
- patientens upplevda hälsotillstånd
- riskbedömning utifrån patientens hälsotillstånd
- aktuell läkemedelslista med patientens *samtliga* ordinerade läkemedel samt läkemedelsberättelse
- tillhandahållna eller förskrivna medicintekniska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar
- namnet på den eller de läkare i öppenvård och i specialistsjukvård som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten. I fall där ordinarie öppenvårdsläkare inte haft möjlighet att delta/tillfrågas i samband med samordnad vård- och omsorgsplanering namnges den öppenvårdsläkare som *accepterat* att vårdansvaret överförs till den öppna vården. Detta gäller för ärenden under punkt tre i stycket om överlämnande av vårdansvar. I övrigt anges den enhet/vårdcentral som övertar ansvaret.
- närstående, förvaltare eller god man

Den/de som varit ansvariga för vård, behandling och rehabilitering överrapporterar sin yrkesspecifika information till motsvarande mottagande yrkeskategori. Patienten ska få informationen skriftligt vid utskrivningen. Dokument Utskrivningsinformation till patient/mottagande vårdgivare används. Vid behov ska information även ges i annan form.

10. Uppföljning

Efter genomförd vårdplanering ska uppföljning ske i hemmet senast inom två veckor. Uppföljning kan ske via telefon eller fysiskt möte hemma hos patienten. Hur uppföljning ska ske samt vem som har uppföljningsansvar ska tydliggöras i samband med vårdplaneringstillfället vid utskrivning.

Fokuspatient, Säker hemgång

Vid utskrivning ska patient med stor risk för återinläggning identifieras, s.k. **fokuspatient**. Särskild checklista används.

Syftet är att förbättra utskrivning från sjukhus och mottagande i primärvård/hemsjukvård för att minska onödiga återinläggningar.

1. Slutenvården identifierar fokuspatient i samband med utskrivning med hjälp av checklistans fem frågor
2. Slutenvården säkrar att alla fokuspatienter informeras genom muntlig information med teach-back metodik + skriftligt meddelande vid hemgång
3. Remiss skickas till primärvården och av utskrivningsmeddelandet i Meddix ska det framgå att patienten är en fokuspatient.
4. Inom två arbetsdagar från utskrivning följer primärvård/hemsjukvård upp patienten via ett telefonsamtal där frågor ställs enligt checklista. I de fall patienten är en hemsjukvårdspatient meddelar kommunsjuksköterskan i direkt anslutning till uppföljningen listningsvårdcentralen att patienten är uppringd/uppföljd. Återkoppling sker via Meddix meddelandefunktion.
Listningsvårdcentralen dokumenterar i Cosmic, enligt rutin.
5. Uppringande enhet bedömer om behov finns av tidiga insatser/åtgärder, t ex hembesök eller besök på vårdcentralen och säkerställer genom samtalet att fokuspatienten känner sig trygg kring sin situation.

Riktlinjer för samordnad vård- och omsorgsplanering i öppenvård och hemsjukvård

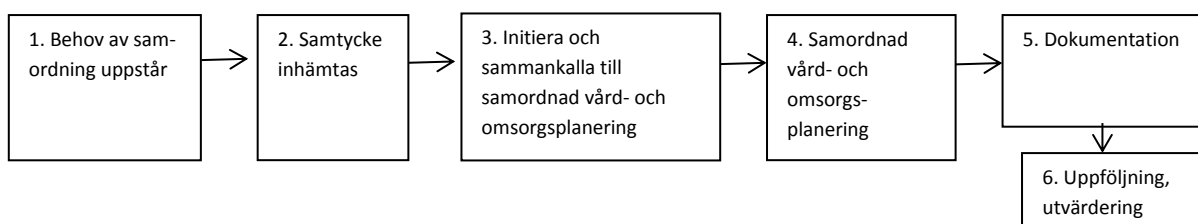
Varje individ med behov av hälso- och sjukvård samt omsorg i hemmet ska tillförsäkras en aktuell och dokumenterad vård-/ omsorgsplan. Dessa planer ska alltid upprättas i samband med pågående insatser/åtgärder i såväl öppen vård som hemsjukvård. Med vård/omsorgsplan avses ex vårdplan, habiliteringsplan, rehabiliteringsplan, genomförandeplan etc. Vårdplaner ska om möjligt utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennes närstående.

Bra rutiner för samverkan mellan kommuner och landsting eller dess utförare samt gemensam planering är en förutsättning för att garantera hög patientsäkerhet, ge vårdtagare möjlighet till en obruten vårdkedja och möjliggöra för den enskilde att bo kvar i ordinärt boende så länge som möjligt.

Patient/närstående och personal från landsting och/eller kommun kan uppmärksamma att behov av *samordning* av vård- och omsorgsinsatser föreligger.

Samordnad individuell plan (SIP) är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från *både* hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering. Syftet med SIP är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att den enskildes samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses med god kvalitet.

Informationsflöde



1. Behov uppstår av samordning

Patient/närstående, personal från hälso- och sjukvård inom landsting eller kommun, hemtjänst och/eller socialtjänst upptäcker förändring av hälsotillstånd/vårdbehov hos patient eller brukare vilket föranleder behov av samordning av vård- och omsorgsinsatser.

2. Inhämta samtycke

Innan samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden initieras skall individen ha lämnat sitt samtycke. För barn ska samtycke inhämtas hos vårdnadshavaren. I samband med kontakt ges information om syftet med samordnad vård- och omsorgsplanering och hur den kommer att gå till.

3. Initiera och sammankalla till samordnad vård- och omsorgsplanering

Den yrkesutövare, oavsett huvudman, som först uppmärksammar ett behov av insatser från hälso- och sjukvården och/eller socialtjänsten initierar till samordnad vård- och omsorgsplanering. Av respektive verksamhet utsedd funktion sammankallar. Rutin för hur detta ska ske ska finnas dokumenterat i lokala anvisningar.

Kallas till planering ska individen själv och, efter samtycke, närstående samt berörda verksamheter utifrån de behov av samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser och/eller omsorgsinsatser som identifierats.

4. Samordnad vård- och omsorgsplanering

Arbetet ska påbörjas utan dröjsmål, dock senast inom sju dagar. Samordnad vård- och omsorgsplanering sker i form av ett möte mellan individen och inblandade aktörer. Om det är lämpligt kan det ske i individens bostad. Planeringens genomförande sker utifrån lokal dokumenterad rutin för samordnad vård- och omsorgsplanering i öppenvård.

Via telefon

Samordnad vård- och omsorgsplanering kan, vid akuta behov eller vid mindre förändring av pågående sjukvårdsinsats, genomföras i samband med ett telefonsamtal mellan vårdgivare. Överenskommen planering dokumenteras i Samordnad individuell plan (SIP) alternativt i vårdplan i respektive verksamhetssystem.

5. Dokumentation

När behov av samordnade insatser från **båda** huvudmännen föreligger ska resultatet av den samordnade vård- och omsorgsplaneringen dokumenteras i **Samordnad individuell plan (SIP)**, enligt läns gemensam mall.

Samordnad individuell plan (SIP) är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har från *både* hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Syftet med SIP är att säkerställa samarbetet mellan huvudmän så att den enskildes samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses med god kvalitet.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs (övergripande)
2. vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för
3. vilka åtgärder som vidtas av annan aktör än landsting eller kommun
4. vilka av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen
5. tid för uppföljning

Ansvariga yrkesutövare för insatser och uppföljning skall namnges i planen.

Den vård/ omsorgsgivare som har huvudansvaret för patienten/brukaren alternativt patientens fasta vårdkontakt ansvarar för att planen upprättas, dokumenteras och revideras, att informera berörda aktörer om detta samt att tillse att ett exemplar sätts in i hemmapärmen i de fall det finns en sådan. Ansvarar också för att patienten erhåller en kopia av SIP.

Respektive part ska ha en kopia på SIP och planen ska scannas in i respektive verksamhetssystem.

Vård-/rehabiliterings-/omsorgsplan utformas för att

1. beskriva insatser/åtgärder inom *ett* verksamhetsområde (ska utformas då ingen SIP är framtagen)
2. mer detaljerat beskriva de medicinska insatserna, omvårdnads-, rehabiliterings- och omsorgsinsatserna (kan användas som komplement till SIP)

Vård-/rehabiliterings-/omsorgsplan upprättas av enskild vårdgivare, tillsammans med patienten/brukaren, för att beskriva de specifika planerade insatserna av individens vård och omsorg.

Vårdplanen ska innehålla problem/diagnos, behov av insatser och mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov. Ansvariga yrkesutövare för insats samt uppföljning och utvärdering skall namnges i vårdplanen.

Av vårdplanen ska det även framgå

- namnet på den som ansvarar för planen
- vilka åtgärder som bedömts som hälso- och sjukvård alternativt egenvård
- om patient/närstående har medverkat i utformning av planen
- tid för uppföljning

Planen ska beskriva de planerade insatserna från nu och framåt och ska följa patienten i vårdkedjan.

Vårdplanen dokumenteras i respektive huvudmans verksamhetssystem enligt huvudmannens riktlinjer.

Patienten ska erhålla en uppdaterad kopia av vård-/rehabiliterings-/omsorgsplanen. Planen förvaras med fördel i "hemmapärm" när sådan är aktuell.

6. Uppföljning och utvärdering

Vårdplan/SIP följs upp enligt planering och beslut fattas kring eventuellt fortsatta insatser utifrån individens behov. Om/när vårdplan/SIP avslutas ska detta kommuniceras till berörda aktörer.

Vårdövertagande Landsting – kommun när samordnad vård- och omsorgsplanering ej krävs

Skriftlig överrapportering

Vid behov av enklare sjukvårdsuppgifter eller vid mindre förändring av pågående sjukvårdsinsats, vilka inte kräver samordning i form av vårdplanering, initieras överföring av vårdansvar mellan huvudmännen via blankett "Överrapport hemsjukvård".

- 1) Överrapport skickas mellan huvudmännen i första hand via meddelandefunktionen i Meddix (klippa och klistra blankett "Överrapport hemsjukvård").
- 2) I de fall patienten inte finns som ärende i Meddix eller enheten inte kan skapa ett ärende skickas blankett "Överrapport hemsjukvård" via post till berörd enhet.

Bekräftelse på mottagen överrapport ska ske, via Meddix alternativt via telefon.

Dokumentation avseende överrapport och behov av insats sker i respektive huvudmans verksamhetssystem.

Överrapportering via telefon

- 3) Överföring av vårdansvar kan, vid akuta behov, initieras i samband med ett telefonsamtal mellan vårdgivare. För att lämna och ta emot viktig information på ett strukturerat sätt rekommenderas användning av SBAR

Situation

Bakgrund

Aktuellt tillstånd

Rekommendation

Överenskommen planering dokumenteras i respektive verksamhetssystem och ska innehålla dokumentation kring patientens sjukvårdsbehov, planerad åtgärd och vem som ansvarar för att utföra åtgärden. Om behov av återkoppling mellan huvudmännen har överenskommit ska detta dokumenteras. Överenskommelse av detta slag kan t.ex handla om enstaka hembesök.

Telefonöverenskommelse ska kompletteras med en skriftlig översynrapport enl. ovan om någon av parterna så önskar.

Det *formella vårdåtagande* sker alltid genom den dokumenterade Vård-/rehabiliteringsplanen. Överföring av vårdansvar inom den egna organisationen sker utifrån huvudmannens interna rutiner.

Reservrutin Meddix samt support Meddix

Se separat dokument.

Betalningsansvar

Se separat dokument.

Avvikelseberättelser

Avsteg från direktiven ska rapporteras som en avvikelse och hanteras enligt Rutin för avvikelse- rapportering mellan kommuner och landstinget i Östergötland, se bilaga 1.

Aktuell lagstiftning

Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård med tillägg SFS 2003:193

Socialstyrelsens Föreskrifter, SOSFS 2005:27 (M och S) Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Socialtjänstlag (2001:453)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Offentlighet och sekretesslag (2009:400)

Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS (2011:9)

Upprättat november 2013

Godkänd av den strategiska ledningsgruppen för Östergötlands kommuner och landstinget, den 13 dec 2013.

Bilaga 1

Rutin för avvikelserapportering mellan kommuner och Landsting i Östergötland

En avvikelse som inträffat inom landstingets vård och upptäcks av personal inom kommunen:

1. Personal inom kommunen skriver en avvikelserapport.
2. Avvikelserapporten skickas skyndsamt till medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, i kommunen. MAS skickar avvikelserapporten till avvikelssamordnaren på den enhet/avdelning inom landstinget där avvikelsen inträffat.
3. Efter genomförd analys inklusive åtgärdsförslag skickar enheten/avdelning inom landstinget en kopia på avvikelsen till MAS i den kommun som rapporterat avvikelsen.
4. MAS återrapporterar till respektive boende/enhet inom kommunen

En avvikelse som inträffat inom kommunens vård och som upptäcks av personal inom landstinget:

1. Personal på enheten/avdelningen inom landstinget skriver en avvikelserapport i Synergi
2. Kopia på avvikelserapporten i Synergi skickas skyndsamt till MAS i den kommun där avvikelsen inträffat.

OBS! Anteckna namn och personnummer på involverade personer på avvikelserapporten innan den skickas till kommunen.

3. MAS skickar avvikelserapporten till boendet/enheten där avvikelsen enligt rapporten har inträffat.
4. Efter genomförd analys skickar boendet/enheten där avvikelsen inträffat åtgärdsförslag till MAS. MAS skickar kopia till den enhet/avdelning, som rapporterat avvikelsen, där det framgår vilka åtgärder som vidtagits/man planerar att vidta.

Avvikelserapporten diarieförs enligt lokala rutiner.